

DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI PREVENZIONE

SCHEDA ISTRUTTORE
ATTIVITÀ FISICA ADATTATA (AFA) / ESERCIZIO FISICO ADATTATO (EFA)

Il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*)
nato/a.....residente a..... via

(prov.....), codice fiscale, ai sensi e per gli effetti del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 in materia di autocertificazioni e dichiarazioni sostituti vedi atto di
notorietà, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- di essere in possesso di altri corsi o titoli:

dichiara inoltre di:

- svolgere l'attività presso la seguente struttura:

- di essere informato, ai sensi e per effetti del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale le presenti dichiarazioni vengono rese e autorizza il trattamento dei dati forniti per l'esplicitamento delle funzioni istituzionali.

Data _____

Firma
